

Osteomielitis tuberculosa quística unifocal

Manuel Rodríguez

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Cruz Roja de Ceuta.

Un tipo especial de osteomielitis tuberculosa es la forma quística. Incide especialmente en la edad pediátrica y afecta a los huesos largos periféricos. Habitualmente es multifocal, pero últimamente parece predominar la manifestación solitaria. Se presenta un caso de osteomielitis tuberculosa quística unifocal en la infancia, sospechada por la radiología y la historia clínica y confirmada al identificar *M. tuberculosis* en el material biopsiado de la lesión.

Palabras clave: Tuberculosis. Tuberculosis osteoarticular. Osteomielitis tuberculosa quística.

Unifocal cystic tuberculous osteomyelitis

One of the distinctive types of tuberculous osteomyelitis is the cystic form. It mainly develops during childhood and affects the long bones. It is usually multifocal, but recently it seems to occur predominantly at a single site. A case is presented of unifocal cystic tuberculous osteomyelitis in a child. It was suspected on the basis of radiological evidence and clinical history and was confirmed by the detection of *Mycobacterium tuberculosis* upon biopsy of the lesions.

Key words: Tuberculosis. Osteoarticular tuberculosis. Cystic tuberculous osteomyelitis.

En un hospital universitario de 700 camas se registran unos 30 casos de tuberculosis pulmonar al año y aproximadamente unos 10 o 12 casos de afectación tuberculosa del sistema musculoesquelético (1). Una de las formas de presentación de la tuberculosis osteoarticular es la osteomielítica y dentro de ésta existe una poco frecuente, la quística, que afecta habitualmente a niños.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Niña de 11 meses de edad, ingresada en el Servicio de Pediatría por presentar dolor y tumoración blanda en la muñeca derecha, sin fiebre ni sintomatología general, a la que se le practicó un estudio radiográfico simple (Fig. 1), que, junto con la historia clínica (hacinamiento, no vacunaciones, familiares con tuberculosis activa) hizo pensar en primer lugar en esta enfermedad. Tanto las pruebas cutáneas como los datos de laboratorio resultaron positivos, estableciéndose el diagnóstico definitivo al identificar *Mycobacterium tuberculosis* en los cultivos de material de biopsia de la lesión. Se instauró tratamiento específico y se efectuó un último control radiológico evolutivo a los dos años (Fig. 2).

DISCUSIÓN

En los últimos años se está produciendo un aumento de la incidencia de la tuberculosis (TBC) en los países desarrollados. La afectación ósea ocurre aproximadamente entre el 1% y el 3% de

Rodríguez M. Osteomielitis tuberculosa quística unifocal. Radiología 2001; 43(1):46-47.

Correspondencia:

MANUEL RODRÍGUEZ CALERO. C/ Solís, 1. Bloque 8, 2º K. 51001 Ceuta.

Recibido: 25-X-2000.

Aceptado: 15-XII-2000.

Fig. 1.—Rx AP de la muñeca derecha al ingreso. Lesión lítica de 8 × 6 mm en la metáfisis del radio, central, con márgenes bien definidos y extensión lineal a la epífisis.

Fig. 2.—Último control radiológico evolutivo. Curación de la lesión con desarrollo óseo normal.

los pacientes con TBC. No hay predilección por el sexo y una historia de infección tuberculosa o exposición puede estar presente o no. La evidencia de TBC intratorácica activa concurrente está presente en menos del 50% de los casos (2). Generalmente la afectación ósea se produce por vía hematogena, pudiéndose producir también por contigüidad, implantación directa o tras la cirugía.

La TBC osteoarticular se puede clasificar en cuatro grandes grupos: a) de la columna vertebral; b) de grandes articulaciones; c) de bolsas y vainas tendinosas y d) osteomielítica (3).

La osteomielitis hematogena aguda es mucho más frecuente en lactantes y niños y tiene características distintas a la del adulto. En los primeros, la lesión más precoz es un defecto lítico en las metáfisis que posteriormente se extiende a las diáfisis. Más

tarde se puede producir reacción perióstica de tipo sólido y tiene lugar el involucro. El córtex se secuestra, viéndose múltiples lesiones líticas y osteoporosis regional. Finalmente el secuestro destaca por su mayor densidad en el interior del hueso. Todos estos cambios varían dependiendo del hueso y del grado de afectación. En el adulto tiene una mayor tendencia a afectar las articulaciones y cronificarse. Se presenta generalmente como lesiones líticas metáfiso-diáfisis, de muy diverso tamaño y asociadas a reacción perióstica leve (4).

Una forma especial de osteomielitis tuberculosa es la quística, más frecuente en niños que en adultos (5). En los niños, las lesiones afectan usualmente las metáfisis de los huesos largos periféricos. En los adultos, el cráneo, el hombro, la pelvis y el esqueleto axial están afectados comúnmente. Radiográficamente, las lesiones son radiotransparentes y bien definidas, redondas u ovaladas y con distintos grados de esclerosis. Lesiones similares pueden verse en el granuloma eosinófilo, sarcoidosis, angiomatosis quística, mieloma de células plasmáticas, infecciones micóticas y metástasis.

Históricamente, las lesiones multifocales eran más frecuentes, sin embargo en series recientes el compromiso solitario parece ser la manifestación predominante (6).

BIBLIOGRAFÍA

1. Griffiths HJ. Radiología ósea básica. 3:51.
2. Fikry Abdelwahab I, Present DA, Klein MJ. Case report 390. *Skeletal Radiology* 1996;15:652-6.
3. Aparisi F. Tuberculosis osteoarticular. *MDI* 1987;63:103-20.
4. Pedrosa CS. Diagnóstico por imagen 1986;1450-2.
5. Resnick D y Nikayama G. *Diagnostic of Bone and Joint Disorders*, 1988;2661-86.
6. Rassol M, Govender S, Naidoo K. Cystic tuberculosis of bone in children. *J Bone Joint Surg Br* 1994;76:113-7.